

Logrando una maternidad feliz

Nancy Lucía Bejarano Beltrán

nlbejarb@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

El control prenatal es fundamental en el proceso de desarrollo de un grupo familiar, en torno al fenómeno del nacimiento de un nuevo integrante. La preparación de todos los integrantes del entorno de la materna, en una forma dirigida, responde a la necesidad de disipar temores, ansiedades y desconocimiento de la verdadera dimensión del estado prenatal. El curso de preparación para la maternidad y la paternidad se describe en detalle como un "proyecto de vida".

Palabras clave: Control prenatal, Factores de riesgo, Familia gestante, Cuidado.

ABSTRACT

The importance of the pregnancy controls in the development process the team family around the birth of the new group integrating. The preparation of the alls members around motherhood in a good directive form, answer a necessity of dissipate dreads, ansietys and ignorance about the really dimension the pregnancy. The course the preparation in motherhood and fatherhood is development in detail such as "life project".

Key words: Prenatal control, Factors of risk, Family gestante, Care.

INTRODUCCIÓN

Se ha definido la obstetricia como: "cuidado de la mujer embarazada y el recién nacido" (1). Aunque a través del tiempo el tipo y las formas de cuidados han variado considerablemente, se trata de mantener lo definido como un paradigma social fundamental en la civilización y desarrollo de las familias. La aparición en el entorno obstétrico del fenómeno del dolor ha hecho que se tienda siempre a su alivio, por cualquiera de los métodos utilizados, como los de la época empírica y mágica (2), en Babilonia y Asia, con sus rituales mágicos o con hierbas y opio; en Sudamérica con la coca, posiciones de rodillas, cuerpos arqueados etc. En el siglo XVI las técnicas hipnosuggestivas y el uso del cloroformo. La escuela rusa de 1920 continuó con la hipnosis basada en los reflejos condicionados de Pavlov, reeducando con la palabra solamente y produciendo un acondicionamiento a través de la educación e información.

El médico Granthy Dick Read, con su terapia del círculo vicioso: tensión-temor-dolor, enseñó que el control del temor evitaría la repercusión a nivel uterino en su dilatación y, por consiguiente, evitaría la presencia de dolor. Desde 1951 el Dr. Fernand Lamaze continuó con los estudios anteriores y escribió las bases de la psicoprofilaxis del parto: conocimiento de la madre en el proceso del parto. Ejercicios, respiración, relajación y actitud positiva por parte de la madre. El contenido de las clases de Lamaze fluyen directamente de su filosofía para el nacimiento (3). Los contenidos específicos incluyen el conocimiento del proceso de nacimiento y el desarrollo de destrezas que faciliten la labor del parto y la disminución del dolor, el disconfort y la fatiga. Los tópicos incluyen labor de soporte, ejercicios, estrategias de respiración, relajación. Movimiento, cambios de posición. Comidas, bebidas y, adicionalmente, una introducción a la música, aromaterapia, calor, frío e hidroterapia. El rol de la familia en la terapia es fundamental; por ello participa también en algunos talleres de integración en torno al nacimiento, enseñando a las mujeres y sus familias la importancia de la preparación al parto

natural para un nacimiento normal. Los cursos incluyen, entonces, a un miembro de la familia para que se prepare y esté presente durante las labores del parto y el nacimiento.

En Colombia se inició en 1948 el método psicoprofiláctico, a nivel privado. Actualmente, incluso se ha ampliado su manejo, al incluir este tema dentro de las cátedras de medicina y enfermería; los aspectos biológicos se han enriquecido al sumarle también los fenómenos psicosociales y culturales que rodean cada situación en particular.

En 1987 (4) un grupo de expertos Italianos formalizó un Convenio, mediante el cual se desarrollaron programas en diferentes sectores y con diferentes instituciones como reflexión en torno a la prevención, tratamiento de disturbios y discapacidades desde la edad evolutiva: PTREV. Este programa se inició con las gestantes y sus parejas. Nace así la consulta colectiva: con grupos de 15 parejas simultáneamente, dos veces a la semana, desde el inicio de la gestación hasta cuando el niño cumple un año de edad. Este curso se realiza incluyendo, primero, las dinámicas participativas que consisten en juegos y cantos; segundo, la gimnasia prenatal y ejercicios propios del parto; tercero, sesión de relajación y respiración. Posteriormente se realiza una sesión educativa con base en las necesidades del grupo y sus preguntas e inquietudes. A continuación se aplican los test de movimientos fetales y altura uterina, asociados a gráficas de aumento de peso. Se realiza también estimulación fetal y se procede a la consulta colectiva, donde se adelanta conjuntamente la toma de signos vitales, peso, altura uterina, fetocardia y maniobras de Leopold, ejecutadas por el compañero y verificadas por el profesional de enfermería. Esto se realiza públicamente en el grupo, sobre colchonetas en piso alfombrado. Finalmente, cada gestante pasa a la consulta individual tradicional donde se efectúa el resto del examen físico que no se pudo desarrollar en la consulta colectiva, el análisis de los exámenes de laboratorio, los hallazgos clínicos y la conducta médica oportuna; esto, además, para darle a la gestante y su pareja la oportunidad de expresar sus temores o problemáticas en un espacio individual y privado si lo necesitan.

Todas las experiencias relacionadas anteriormente han sido la base de referencia para continuar el programa de "Maternidad y Paternidad, un proyecto de vida", que se está ejecutando actualmente en la EPS UNISALUD; programa que se describe en detalle en el presente artículo.

MATERNIDAD SALUDABLE

En documento de la OMS (5) se define maternidad saludable como aquella que se genera en "una agenda que involucre a todos los sectores en el desarrollo de la equidad y la justicia social con la mujer"; lo que significa una maternidad sin riesgo, para alcanzar un verdadero desarrollo humano que se podría conseguir con el esfuerzo conjunto de los gobiernos, entidades de salud, sociedad civil, sectores sociales y económicos, comunidades científicas, trabajadores de la salud, familias y mujeres conscientes de su responsabilidad social con el futuro.

Las cifras en relación al embarazo y al parto a escala mundial señalan que cada minuto muere una mujer, cien mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, doscientas adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual y trescientas conciben sin desear o planear el embarazo.

En Colombia la mortalidad materna se inicia desde los diez años, cuando apenas se inicia la adolescencia. El pico mayor se observa entre los 20 y 30 años, cifra que coincide con el mayor número de mujeres en edad fértil y unidas.

Al analizar el comportamiento de la mortalidad materna según causas para 1994, se observa que la toxemia, seguida del aborto, la hemorragia, las complicaciones del trabajo de parto y parto, las complicaciones del puerperio y otras complicaciones del embarazo, siguen ocupando los seis primeros lugares, lo cual permite concluir que la estructura de este indicador no ha tenido ninguna variación en los últimos veinte años, pese a que se conocen sus factores de riesgo y las intervenciones para su reducción.

La tasa de mortalidad materna en Colombia, estimada en 78.2 por cien mil nacidos vivos para 1994, no es tan crítica como en otras regiones del mundo.

CUIDADO PRENATAL, ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO

La cobertura de atención institucional a las gestantes en el año de 1995 fue del 80%, con un promedio de cuatro controles; de los cuales, el 30% fue realizado en el primer trimestre. En este mismo año la atención del parto por personal calificado fue del 85%. Esto significa que alrededor de una quinta parte de las madres Colombianas pasan por el proceso reproductivo sin recibir ninguna atención de salud por parte de personal idóneo.

En la última década el control prenatal ha aumentado la concentración de 2.8 a 4; no obstante, este es insuficiente en las gestantes con más de seis hijos; el 45.2% de estas no tiene ningún tipo de cuidado prenatal, aumentando el riesgo de muerte materno-fetal. Además, las gestantes con el menor número de controles son las del grupo de mayores de 35 años sin escolaridad.

La atención del puerperio fue proporcionada al 5% de las madres atendidas en el subsector público. El egreso precoz que sucede en muchas instituciones debido al desequilibrio entre la demanda y la capacidad de oferta y muchas complicaciones generadas en los partos domiciliarios son causas directas de la mala atención.

¿POR QUÉ SE MUEREN LAS MUJERES?

Casi el 50% de las muertes maternas podrían ser evitadas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso a una atención de salud por personal calificado y comprometido y hubiesen recibido una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el posparto.

Una deficiente atención del embarazo

En países en vía de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria; la mujer acude por primera vez a la consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto porque a menudo ignora la importancia de este cuidado.

El cuidado prenatal sirve para establecer las enfermedades previas que ha tenido la madre; determina y trata oportunamente las complicaciones; previene a la madre acerca de los signos de alarma y recomienda un estilo de vida saludable para la gestación. Además, sugiere la dieta, el tipo de ejercicio y cuidados generales para una maternidad saludable. Recomienda el nivel de atención que requiere la gestante para la atención del parto y prepara a las madres y familias en el cuidado del recién nacido y de la gestante.

Una deficiente atención del parto

Cada año, alrededor de 60 millones de mujeres en el mundo dan a luz, y algunas de ellas son atendidas por un familiar o una partera tradicional sin entrenamiento en una institución de salud que cualifique su práctica tradicional. Solo el 53% de los partos en el mundo son atendidos por los profesionales de la salud o personal de salud bien calificado.

Una deficiencia en el puerperio o el cuidado posparto

Menos del 30% de mujeres en el mundo asisten a la consulta después del parto, sometiendo a grave riesgo su salud, en contraste con las mujeres de los países industrializados en donde el 90% de ellas buscan atención de salud durante el puerperio.

IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

Basados en la evidencia del manejo clínico de la paciente embarazada, y aunque algunos subgrupos de gestantes pueden estar expuestas a un mayor riesgo materno, hay que decir que es casi imposible predecir caso por caso quien desarrollará una complicación potencialmente mortal (6). En consecuencia, es de vital importancia que todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y

parto, y que han dado a luz recientemente, tengan acceso a servicios obstétricos básicos de alta calidad.

De acuerdo con lo anterior, se puede manejar el esquema de visita preconcepcional, visita de primer control prenatal y subsiguientes, que tratan de identificar a partir de la Historia Clínica las condiciones físicas con las cuales la paciente aborda su estado prenatal y el mantenimiento de su salud en el curso del embarazo, relacionando todo con sus antecedentes tanto genéticos como de experiencia con problemas infecciosos o virales que haya podido experimentar.

Esta identificación de riesgos se podría relacionar siguiendo ciertas pautas que el grupo de salud identifique para que el médico proceda a tomar los correctivos necesarios cuando sean del caso. Así, por ejemplo, historia médica y genética y de enfermedades sufridas por sus parientes. Su expectativa ante agresiones como la Rubéola, la Hepatitis B la Varicela etc. (7), la ubicación socioeconómica de la paciente y la identificación de sus hábitos en relación con el tabaco y el alcohol, su edad y el nivel educacional que posee. Las medicaciones que ha tenido en las últimas semanas, sus experiencias quirúrgicas y el compromiso por sistemas, si existe, a niveles neurológico, hematológico, metabólico, cardiopulmonar y otros.

De ser multigestante, sus antecedentes en el estado de gravidez: ectópicos, abortos, partos prematuros, tipo de parto. Se finaliza con los signos vitales asociados a presión arterial, peso, náuseas, vómitos. En estados más avanzados, el examen físico de la paciente se complementa con la frecuencia cardíaca fetal, si es necesaria la monitoría fetal, y se puede considerar en este punto la implementación de la estimulación fetal.

La frecuencia de visitas a la gestante se desarrolla bajo un esquema de acuerdo al número de semanas de embarazo: de 0-27 semanas, cada mes; de 28 a 35 semanas, cada 15 días; a partir de la semana 36, cada 8 días.

CONTROL PRENATAL EFECTIVO

Un cuidado prenatal efectivo permite la interacción del trabajador de la salud con la paciente, facilitando la identificación y corrección de hábitos, para lograr un estado saludable en el que exista una dieta con un complemento de micronutrientes como hierro y ácido fólico, que prevenga la anemia (5); facilita, igualmente, el suministro de información clara, precisa y entendible que proporcione seguridad a la paciente. El manejo de los servicios de salud debe participar de diseños arquitectónicos adecuados, preservando el derecho de la intimidad y privacidad para los exámenes ginecológicos propiamente dichos.

PLAN DE ACCIÓN

Captación parejas gestantes

Para llegar al programa Curso de preparación para la maternidad y paternidad un proyecto de vida, en el régimen de Unisalud, se establece la comunicación con los médicos ginecobstetras para que envíen las parejas gestantes a él. La información del programa está en volantes de promoción que el personal médico entrega a las gestantes que así lo deseen, en donde se indica, con gran motivación, el día y la hora de las reuniones.

Otra modalidad de captación son las carteleras de los sitios de atención de consulta externa; en ellas, con afiches informativos, se motiva la participación de la familia gestante en el curso. Adicionalmente, se encuentra el sistema audiovisual de promoción, que ofrece el curso, conjuntamente con los otros servicios de Unisalud, en los televisores instalados en las salas de espera.

Para legalizar la participación, se hace necesario una inscripción en la oficina de la enfermera Jefe, simplemente con sus nombres y los carnés de usuarios de la EPS.

Una vez efectuada la inscripción, se procede a diligenciar el Formulario de Seguimiento de Actividades, para verificación y seguimiento del proceso a la familia gestante. Tal acción la facilitan las estudiantes de pregrado de la Facultad de Enfermería que se encuentran desarrollando su actividad de trabajo de grado en el área materno-perinatal.

2. Inducción y presentación del programa

En la primera reunión se explican los objetivos que motivan el curso, la metodología por seguir en las actividades supervisadas y en las de autocuidado en casa y la importancia de la participación de la familia en el control prenatal; se suministra la información de la participación de un miembro de la familia en las labores del parto, y de las técnicas de estimulación fetal y, en general, se brinda un completo panorama que ubica a la gestante en un ambiente amable en donde pueda disipar sus dudas y temores, que se comparten con los de otras parejas. Complementariamente se les entrega una carpeta con sus carnés de identificación del programa perinatal, con los formularios de llenado de los respectivos test, que se enseñan a aplicar de acuerdo con el tiempo de gestación, y la cartilla individualizada Diario de mi gestación, desarrollada por UNISALUD con estudiantes de la Facultad de Enfermería bajo la dirección de la profesora Liliana Villarraga de Ramírez.

En la carpeta de cada gestante, también se archivan los resultados de los laboratorios realizados y de las ecografías para tener un completo recuento de los fenómenos médicos que se han venido desarrollando durante el embarazo.

Para la identificación de los participantes se elaboran los ficheros personalizados, solamente con el nombre de cada uno, con el fin de ganar identidad y familiaridad dentro de las tareas del grupo.

METODOLOGÍA

Está basada en dinámicas participativas, con cantos y juegos que pretenden romper el hielo del grupo, integrando a sus miembros con afecto y amabilidad en la dinámica.

Los temas tratados inicialmente pretenden dar respuesta a las ansiedades de las gestantes y sus acompañantes; en este sentido, el orientador, u orientadora, clasificará las actividades en educativas y terapéuticas. Se utilizan técnicas de integración, animación, recreación, exploración de sentimientos, pensamientos y emociones. Se busca el logro de conocimientos, aceptación de sí mismas y desarrollo de actitudes más adaptativas (9).

Intervención educativa

Busca explicar los procesos normales que se dan durante el desarrollo de la gestación y el parto, para esclarecer dudas y ansiedades presentes por falta de información o por creencias folclóricas incorrectas. Se generan procesos de aprendizaje mediante técnicas participativas que permiten el desarrollo de experiencias de reflexión educativa grupal. Por lo general se establece un punto de referencia común a través del cual las gestantes aportan su experiencia particular, enriqueciendo y ampliando la experiencia grupal. Esto lleva a una creación colectiva del conocimiento, donde todos son partícipes de su elaboración. En otras palabras, se parte de lo que saben las gestantes según su historia personal y vivencia actual, teniendo en cuenta su contexto sociocultural. De esta manera, las dudas e inquietudes se plantean como temas a desarrollar dentro del programa educativo.

Más adelante se sugieren algunas técnicas y ciertos temas que aparecen más a menudo. Esto no implica que sean los únicos que se deban trabajar. Es importante tener en cuenta las características y necesidades del grupo para que a partir de ellas se estructuren nuevos temas y sea más efectiva la intervención y el trabajo grupal. En este punto está en juego la capacidad del facilitador, las condiciones, recursos y espacio con que cuenta.

Intervención terapéutica: Terapia grupal

En un ambiente distendido, se pregunta al grupo sobre sus temas de preferencia, como por ejemplo

el baño del recién nacido, y con base en las experiencias de los demás se aborda el tema, se permite que las personas interactúen con sus propias palabras, para finalmente dar la explicación científica por parte del facilitador, haciendo uso de un lenguaje claro y sencillo que se apoya en una demostración realizada primero por un miembro del grupo, y el facilitador aporta o corrige algunas cosas para que quede perfectamente claro. Inmediatamente se hace una evaluación para establecer la claridad del concepto o una nueva intervención aclaratoria.

Finalmente, lo que se logra es permitir cambios de actitudes y comportamientos hacia la resolución de problemas. Además, el escuchar mutuamente y aprender unos de otros crea retroalimentación, de tal forma que cada uno llega a saber como aparece ante los demás y como se dan sus relaciones interpersonales.

En cuanto al facilitador, se requiere que tenga sentido de observación e intuición para no perder el hilo de lo que están manifestando las familias gestantes. Además, debe tener una aceptación incondicional de las personas, respeto por su forma de pensar, manera de ver las cosas, ansiedades y tendencias, dependiente de la historia de cada uno. El grupo y el facilitador se transforman de esta manera en parte de su apoyo social; en algunos casos es el único apoyo con que cuenta.

La medición de la altura uterina es una técnica para registrar la distancia entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. Se toma cada mes durante la consulta prenatal colectiva. La medida registrada nos evidencia una gráfica de crecimiento fetal cuya normalidad y eventuales desviaciones detectadas a tiempo tendrán seguimiento durante la gestación.

La enseñanza de los movimientos fetales ha demostrado ser un parámetro genérico de bienestar fetal muy significativo y es, entonces, un instrumento útil para la educación de la gestante. Los movimientos percibidos por la madre alrededor de la vigésima semana se van dando durante el día y con mayor intensidad al despertarse. Este método también llamado "cuenta hasta diez", es una cuenta diaria de los movimientos espontáneos del feto para el control de su bienestar. Se darán instrucciones para que la madre empiece a contabilizar el movimiento fetal de las nueve de la mañana hasta las nueve de la noche, registrando la hora en que se completaron los diez, sin interrumpir las labores cotidianas. Cuando no se completen los diez movimientos por dos días consecutivos, se debe acudir a control médico y/o de enfermería inmediatamente, donde se determinará la conducta a seguir según necesidad.

Intervención terapéutica: Gimnasia prenatal

Las actividades musculares en la etapa del embarazo que la gestante se encuentre, se fundamentan básicamente en lograr una adecuada preparación para el parto y para la recuperación de la forma en el posparto. Existen, según los autores, diversas formas de obtener un buen estado físico, como lo cita alguno de ellos, identificando las ayudas que se obtienen por el incremento de la actividad física (10).

Una mujer que hace ejercicios durante todo el embarazo se encuentra mejor de salud y aspecto, recupera su figura más rápidamente en el posparto.

Una mujer que ha aprendido a dominar el dolor del parto antes de que empiece, aumenta notablemente su capacidad de resistencia.

Hay mayor éxito cuando la paciente es consciente de los sucesos que le van a ocurrir y está preparada para ellos, incluyendo sus cambios físicos corporales.

Ejercicios de calentamiento

El precalentamiento prepara su cuerpo para el esfuerzo. Los movimiento rítmicos despiertan los músculos mejorando su circulación. Cuando rotamos suavemente las articulaciones, colaboramos a que la rigidez provocada por la acumulación de líquidos desaparezca.

Se ejecuta durante quince minutos la rutina de precalentamiento y se producen a diario antes de implementar los ejercicios más fuertes.

Ejercicios propios del parto

Corresponden a los ejercicios de postura, ejercicios circulatorios, ejercicios de estiramiento y balanceo, ejercicios de fortalecimiento perineal, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación y masajes. Con los ejercicios adecuados se presta a los músculos la fuerza y la flexibilidad necesarias para ajustarse a las tensiones del embarazo y el posparto. Los ejercicios apropiados fortalecerán los músculos del abdomen para que la espalda pueda soportar el peso del hijo. El ejercicio también estimula la circulación de la sangre, lo cual se traduce en disminución de edemas y aumento de energía vital (11).

Los masajes son técnicas de las más antiguas y más útiles en la búsqueda del bienestar; con ellos se consigue una relajación de la mente y del cuerpo, aumentando el nivel de energía y reduciendo la fatiga, procurando esa sensación de bienestar. Algunos tipos de masajes estimulan la producción de endorfinas para calmar los malestares.

Técnicas de relajación

Constituyen la parte final del acondicionamiento muscular, la relajación permite aliviar las tensiones creadas y el estrés desarrollado por la posible aparición de algunas dolencias. La relajación hace parte de la preparación para el parto y es la técnica que se enseña para suprimir los dolores.

Estimulación fetal

Esta técnica consiste en que los padres estimulen el aprendizaje y el potencial creativo de los hijos durante la gestación y después del nacimiento. Esto no se ha hecho solo para aumentar el desarrollo intelectual, sino que se trata de una concepción integral del ser humano desarrollado emocional, mental y socialmente (12).

Una de las modalidades de estimulación que se ha desarrollado es la "musicoterapia", definida por Diego Schapira, quien aplica la teoría de la percepción de sonidos del feto por vibración, utilizando todo su cuerpo ya que el sistema auditivo está en proceso de maduración. El bebé está inmerso en un mundo de sonidos cuya fuente primordial es el cuerpo de la madre: los viscerales, respiratorios y, principalmente, los latidos de su corazón. Crece en ese mundo donde hay un principio ordenador, que es el ritmo, dado por la parte cardiaca de la madre (13). El canto materno parece ser uno de los mejores alimentos que pueden darle a sus hijos, porque a través de ellos fortalecen no solo su cuerpo sino su mente. El feto vive en una placenta sonora y la gestación es simplemente la unión de dos sonidos. Los especialistas señalan que cuando la mamá canta, ese sonido potencializa el desarrollo cerebral del niño.

Otros métodos incluyen la utilización de una linterna sobre el vientre para que la emisión de luz estimule sus sensaciones visuales, y la utilización de la relajación que produce en la madre y el feto la sensación de flotar en un piscina (14).

La sesión de estimulación debe hacerse durante la noche, entre las 8 y la 8 y treinta, cuando se encuentre aún despierto y conociendo que el feto duerme más en el día que durante la noche.

Consulta colectiva

Finalizado todo el proceso anterior se reúne cada grupo gestante y se realiza, con la participación del padre, la toma de la altura uterina y las maniobras de Leopold, y, también, se ausculta la frecuencia cardiaca fetal, en lo que encuentran, padre y madre, la mayor satisfacción, al oír que su bebe está bien. Luego se procede a realizar las gráficas y los test descritos.

DISCUSIÓN

El camino recorrido por muchos autores en el mundo acerca de los manejos del embarazo como una condición del grupo familiar que apoya a la gestante en el proceso de dar a luz a un nuevo

integrante de la familia, debe ser rescatado y puesto al servicio de la comunidad, tanto de la educativa, que lidera la Facultad de Enfermería, como de la de pacientes pertenecientes a la EPS de UNISALUD.

La excelente colaboración de las autoridades administrativas de la EPS en el manejo de las gestantes y la participación de sus familias en el proyecto del curso se han venido afianzando, pero requiere de mayor impulso en una actividad de extensión concertada con la Universidad.

La capacidad de manejo de parejas puede ser aumentada hasta en un 80% de la actual, de acuerdo con el recurso humano disponible y el espacio asignado.

La metodología explicada produce entonces una interacción que abandona los procesos individualizados, centrándose en los aspectos grupales que han demostrado una fuerte interacción soportada por la familia gestante.

El proceso ya ha mostrado resultados, en algunos investigadores, no solo en cuanto a la disminución de las tasas de mortalidad (que se acerca a por lo menos un 50%), sino que, adicionalmente, ya existen indicadores de la manera como el bebé estimulado previamente se desempeña con mejores posibilidades frente a los que no lo fueron.

En realidad, es posible considerar dentro de la discusión que existen resistencias de alguna forma para participar de los grupos, pero una buena ínterrelación del grupo de trabajo en salud fomentaría la participación de las parejas en el curso.

Los esfuerzos de algunas entidades como el Ministerio de Salud, las Facultades de Medicina y Enfermería, así como de los entes de carácter privado o público han demostrado, en los estudios de soporte, que se obtienen resultados positivos que deben ser implementados adecuadamente.

CONCLUSIONES

El manejo de un curso como el descrito anteriormente le permite a la Universidad Nacional desarrollar un verdadero programa de extensión, que retroalimente los programas de pre y posgrado, liderando un verdadero equipo de salud frente a la importancia de disminuir la morbimortalidad de las gestantes en la comunidad de Unisalud o en las comunidades donde se pueda desarrollar el modelo.

Para el grupo de estudiantes se constituye en un modelo pedagógico interactivo con comunidades, lo que les facilita su participación en los espacios biopsicosociales, determinantes en su práctica futura.

La posibilidad de realizar intercambio de las experiencias obtenidas con otros centros educativos enriquecería los resultados obtenidos en la implementación del modelo en el país.

A las gestantes, un curso de este tipo les permitiría sentirse tranquilas y armoniosas con el desarrollo fetal y en las relaciones con sus familias; les proporcionaría elementos de tranquilidad y menor estrés para afrontar con seguridad el verdadero momento del parto; y los conocimientos y prácticas aprendidas les proveería elementos para el autocuidado y el de sus hijos.

Para la Familia Gestante sería muy importante, pues participaría en el apoyo a la gestante, haciendo mucho más positiva la lactancia materna, y se haría partícipe de todas las expectativas de crianza sana y fuerte del nuevo miembro de la prole.

NOTAS

- 1 DONA HUE, Patricia, Historia de la enfermería. Ediciones Doyma. 1985.
- 2 VANEGAS, Blanca Cecilia, Fisiología del parto. Serie temática. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 1994.
- 3 LOTIAN A, Tudith, Questions from readers: are your really teaching Lamaze? Lamaze International. 2000. <http://www.lamaze.com>
- 4 BEJARANO, Nancy y otros, Modelo de atención básica para centros de salud. Programa PTREV. Secretaría de Salud de Bogotá. 1989.
- 5 PALACIO, Magda, Maternidad saludable. Organización Mundial de la Salud. Cargraphics S.A. 1848—1998.
- 6 FAMILY CARE INTERNATIONAL, Todo embarazo está expuesto a riesgos. UNICEF. 1998.
- 7 NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, Prenatal Care. 1997. <http://www.medline.com>
- 8 VILLARRAGA DE RAMÍREZ, Liliana, Diario De mi gestación. Universidad Nacional de Colombia. Unisalud. Facultad de Enfermería. 1998.
- 9 HERRERA M. Julián A, Aplicación de un modelo biopsicosocial. Ministerio de salud. 1997.
- 10 FONDA, Jane, Para el embarazo, parto y recuperación. Editorial Tiempo libre S.A. 1983.
- 11 JIMÉNEZ Sherry, Guía de bienestar de la mujer embarazada. Intermedio editores. 1994.
- 12 MANRIQUE, Beatriz, Una ventana abierta al mundo. <http://www.prenatal.net/>
- 13 HERNÁNDEZ, Elizabeth, Cantos para niños fuertes. El Espectador. 25 de marzo de 2001.
- 14 LUDINTON, Susana, Estimulación sensorial en perinatología. Emesfao. 1988.

BIBLIOGRAFÍA

- BEJARANO, Nancy y otros, Modelo de atención básica para centros de salud. Programa PTREV. Secretaría de Salud de Bogotá. 1989.
- DONA HUE, Patricia, Historia de la enfermería. Ediciones Doyma. 1985.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL, Todo embarazo está expuesto a riesgos. UNICEF. 1998.
- FONDA, Jane, Para el embarazo, parto y recuperación. Editorial Tiempo Libre S.A. 1983.
- HERNÁNDEZ, Elizabeth, Cantos para niños fuertes. El Espectador. 25 de marzo de 2001.
- HERRERA M. Julián A., Aplicación de un modelo biopsicosocial. Ministerio de salud. 1997.
- JIMÉNEZ, Sherry, Guía de bienestar de la mujer embarazada. Intermedio editores. 1994.
- LOTIAN A., Tudith, Questions from readers: are your really teaching Lamaze?. Lamaze International. 2000. <http://www.lamaze.com>
- LUDINTON, Susana, Estimulación sensorial en perinatología. Emesfao. 1988.
- MANRIQUE, Beatriz, Una ventana abierta al mundo. <http://www.prenatal.net/>

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, Prenatal Care. 1997. <http://www.medline.com>

PALACIO, Magda. Maternidad saludable, Organización Mundial de la Salud. Cargraphics S.A. 1848—1998.

VANEGAS BLANCA CECILIA, Fisiología del parto. Series temática. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería. 1994.

VILLARRAGA DE RAMÍREZ LILIANA, Diario de mi gestación. Universidad Nacional de Colombia. Unisalud. Facultad de Enfermería. 1998.

----- y NIÑO BARROSO, Maritza, Maternidad vivida. CEMAV—Universidad Nacional de Colombia, 1990.

Acerca de la autora:

Nancy Lucía Bejarano Beltrán

Licenciada en Ciencias de la Enfermería. Especialista en Enfermería Materno Perinatal. Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Asistente, Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.